

بررسی علل ایجاد پریتونیت چرکی در بیماران بستری در

بیمارستان پورسینای رشت

نویسندگان ۱ - ناطق عباسقلی زاده ۲ - دکتر خلیل رستمی ۳ - دکتر احد اعظمی ۴ - دکتر
منوچهر براک

چکیده

مقدمه: پریتونیت عبارت است از التهاب صفاق یا بخشی از آن و پریتونیت ثانویه وجود اگزودای چرکی در حفره شکمی با منشاء روده‌ای می‌باشد. عوامل زیادی بر عاقبت پریتونیت ثانویه تأثیر می‌گذارند. امروزه مرگ و میر ناشی از آن به ۱۰ تا ۲۰ درصد رسیده است. لذا در این بررسی علل پریتونیت چرکی را در بیمارانی که با تشخیص پریتونیت تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفته‌اند مورد بررسی قرار داده‌ایم.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع توصیفی است که در سال ۸۱ با مراجعه به بایگانی اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان پورسینای رشت، پرونده بیمارانی که با تشخیص پریتونیت بین سالهای (۷۳-۸۰) تحت عمل لاپاراتومی قرار گرفته‌اند و پریتونیت منتشر ثابت شده داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های خام جمع آوری شده با نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان دادند که ۴۰۵ بیمار مذکر و ۱۲۸ بیمار مؤنث بوده‌اند و بیشترین فراوانی سنی مربوط به گروه سنی ۶۱-۷۰ سال بوده. اکثر بیماران ساکن روستا بوده‌اند و اکثریت تندرست شکمی داشتند و تعداد ۳۷ نفر از افراد جراحی شده فوت نموده‌اند. اکثر بیماران در ۲ روز اول پس از شروع اولین علامت (درد شکم) عمل شده‌اند و ۲۵۳ نفر آنان طی ۶ ساعت اول بعد از بستری تحت عمل قرار گرفته‌اند. شایعترین علل ایجاد پریتونیت بترتیب پرفوراسیون اولسر پپتیک و آباندیسیت پرفوره بود و شایعترین بیماریهای زمینه‌ای همراه با پریتونیت ثانویه بترتیب بیماری گوارشی، نارسایی قلبی و نارسایی ریوی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بدست آمده دلالت بر این امر دارند که شک به پریتونیت ثانویه، مستلزم اقدام سریع درمانی است و در صورت تأخیر در تشخیص و درمان، مرگ و میر افزایش می‌یابد و افزایش سن و وجود بیماری زمینه‌ای نیز در افزایش مرگ و میر آن موثر است. لذا توصیه می‌شود از بیماران مشکوک به پریتونیت ضمن گرفتن شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی کامل و کنترل سیر بالینی توسط پزشکان باتجربه، پزشکان طب اورژانس و جراحان عمومی بررسی لازم به عمل آید تا در صورت تشخیص در انجام اقدامات درمانی تأخیری صورت نگیرد.

کلید واژه‌ها: پریتونیت چرکی، بیماران، علل

مقدمه

پریتونیت عبارت از التهاب صفاق یا بخشی از آن می باشد و به عنوان یکی از اورژانسهای جراحی عمومی محسوب می شود که در صورت عدم تشخیص و درمان بموقع مرگ و میر را تا سه برابر افزایش می دهد. در پرده صفاق ممکن است بر اثر آلودگی با میکروارگانیسم ها، مواد شیمیایی محرک یا هر دو آماس بوجود آید.

به طور کلی پریتونیت عفونی را به دو گروه کلی تقسیم می کنند: ۱- پریتونیت اولیه (خود به خودی یا ایدیوپاتیک) که در آن منشا اصلی عفونت داخل شکم مشخص نیست [۱،۲،۳] - ۲- پریتونیت ثانویه: که همراه با یک کانون عفونی مشخص در داخل شکم (پارگی آپاندیسیت و زخم معده و اثنی عشر) می باشد (۱) که با وجود اگزودای چرکی در حفره شکمی با منشا روده ای مشخص می شود. پریتونیت اولیه اغلب به دنبال بیماریهای کلیوی (سندروم نفروتیک) و یا بیماریهای کبدی (سیروز و یا هر بیماری کبدی که منجر به آسیت گردد) اتفاق می افتد و به عنوان بیماری ناشایع در نظر گرفته می شود (۴) در این بیماری هم از لحاظ بالینی و میکروب شناسی و حتی از بعضی جنبه های درمان تغییرات قابل توجهی مشاهده گردیده است [۷،۶،۵،۴] قبل از کشف آنتی بیوتیک های مناسب، پریتونیت اولیه (۱۰٪) کل موارد فوریت های شکمی را بخصوص در کودکان شامل می شد ولی در حال حاضر این رقم به کمتر از یک تا دو درصد رسیده است [۱،۴،۵،۸]. امروزه مرگ و میر ناشی از پریتونیت ثانویه به ۱۰ تا ۲۰٪ رسیده است. به طور کلی منشا ارگانیسمی که باعث پریتونیت می گردد مشخص نیست. اغلب حدس زده می شود که از طریق خون، سیستم لنفاتیک،

دیواره روده ها، دستگاه تناسلی و یا دستگاه ادراری ممکن است میکروب وارد محفظه شکم شود [۴ و ۱]. در مایع صفاق در حالتی که عفونتی اتفاق نیافتاده باشد کمتر از ۳۰۰ گلبول سفید در هر میلی متر مکعب یافت می شود که کمتر از (۲۵٪) آن را سلولهای چند هسته ای (*pmn*) تشکیل می دهند در پریتونیت اولیه انتظار می رود تعداد گلبولهای سفید از ۳۰۰ تجاوز نموده و حداقل (۲۵٪) آنها از نوع (*pmn*) باشند [۱۰،۹] لذا در این مطالعه به بررسی علل پریتونیت چرکی ثانویه در بیمارانی که با تشخیص پریتونیت، لا پارا تومی شده اند پرداخته ایم.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی - گذشته نگر می باشد که با مراجعه به مرکز کامپیوتر دفاتر اطاق عمل و بخش های جراحی و بایگانی اسناد و مدارک پزشکی بیمارستان پورسینای رشت پرونده بیمارانی که با تشخیص پریتونیت در فاصله سال ۷۳ الی ۸۰ تحت لاپار تومی قرار گرفته بودند و پریتونیت منتشر ثابت شده داشتند مورد بررسی قرار گرفته اند. حجم نمونه را ۵۳۳ بیمار واجد شرایط تشکیل می دادند داده های خام در پرسشنامه محقق ساخته وارد، سپس استخراج و بوسیله نرم افزار آماری *spss* تجزیه و تحلیل شدند و متغیرهایی چون سن، جنس، محل سکونت، بیماریهای همراه، زمان شروع درد تا اقدام به جراحی و ... مورد بررسی واقع شدند.

یافته ها

از نظر جنسی ۴۰۵ بیمار (۷۶٪) مذکر و ۱۲۸ بیمار (۲۴٪) مونث بودند، از نظر سنی بیشترین فراوانی و درصد ابتلا در گروه سنی ۶۱-۷۰ سال با ۱۲۸ بیمار (۲۴٪) و در کمترین آنها در گروه سنی زیر ده سال با ۳۳ بیمار (۶/۲٪) قرار داشتند. ۱۹۸ نفر

(۳۷/۱٪) از بیماران ساکن شهر و ۳۳۵ نفر (۶۲/۹٪) ساکن روستا بودند. بیماریهای همراه با پریتونیت ثانویه عمل شده بترتیب شامل:

الف) بیماری گوارشی به تعداد ۱۴۰ نفر (۲۶/۳٪)

ب) نارسایی قلبی به تعداد ۹۳ نفر (۱۷/۴٪)

ج) نارسایی ریوی به تعداد ۷۵ نفر (۱۴/۱٪)

د) بدخیمی به تعداد ۳۲ نفر (۶٪) که ۲۵٪ آنان (۸ نفر) بعد از عمل فوت نمودند.

و) دیابت تعداد ۲۸ نفر (۵/۳٪) بود فاصله زمانی اولین علامت تا اقدام به جراحی در ۴۲۰ نفر (۷۸/۸٪) در ۲ روز اول در ۱۰۶ نفر (۱۹/۹٪) بین ۵-

۲ روز و در ۷ نفر (۱/۳٪) بیش از ۵ روز بود. مدت زمان بستری بیماران قبل از عمل در ۲۵۳ نفر (۴۷/۵٪) کمتر از ۶ ساعت در ۱۹۸ نفر (۳۷/۱٪) بین ۶-۱۲ ساعت در ۵۶ نفر (۰/۵٪) بین ۱۲-۲۴ ساعت و در ۲۶ نفر (۴/۹٪) بین ۲۴-۴۸ ساعت گزارش گردیده است. مدت زمان بستری بعد از عمل در بیماران مورد بررسی در ۳۹۱ نفر (۷۳/۴٪) کمتر از هفت روز در ۱۳۵ نفر (۲۵/۳٪) بین ۷-۱۴ روز و در ۷ نفر (۱/۳٪) بیش از ۱۴ روز بود. علل ایجاد پریتونیت ثانویه در بیماران عمل شده بترتیب در ۲۲۲ نفر (۴۱/۷٪) پرفوراسیون اولسر پتیک در ۱۴۷ نفر (۲۷/۶٪) آپاندیسیت پرفوره در ۳۰ نفر (۵/۶٪) پرفوراسیون روده باریک در ۳۰ نفر (۵/۶٪) فرمهای دیگر پریتونیت در ۲۹ نفر (۵/۴٪) پرفوراسیون روده بزرگ در ۲۸ نفر (۵/۳٪) پریتونیت بعد از عمل جراحی در ۲۳ نفر (۴/۳٪) گانگرن روده که ۷ نفر آنها مردند. در ۱۵ نفر (۲/۸٪) پریتونیت بعد از تروما و در ۹ نفر (۱/۷٪) پریتونیت لگنی گزارش گردید. در ۳۷ مورد (۶/۹٪) مرگ بیماران مشاهده گردید که ۲۲ نفر آنان مذکر ۱۵ نفر مونث بودند و بیشترین فراوانی مرگ و

میر در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال با ۱۲ مورد بود در حالیکه ۴۹۶ نفر (۹۳/۱٪) بهبود پیدا کرده و مرخص شده بودند. یافته های فیزیکی بالینی در بیماران بترتیب در ۵۳۱ مورد (۹۹/۶٪) تندرست در ۳۱۹ مورد (۵۹/۸٪) ریپاندتندرست و در ۲۹۵ مورد (۵۵/۳٪) گاردینگ و رژیذیتی داشتند.

بحث و نتیجه گیری:

در مطالعه *wittman* تقریباً ۱۰٪ از موارد پریتونیت ثانویه ناشی از عوارض جراحی شکمی بوده است و مشخص شد فاکتورهایی از قبیل سن، نارسایی کبدی، قلبی، کلیوی، ریوی، بدخیمی و دیابت مرگ و میر را در پریتونیت باکتریال افزایش می دهد که با نتایج مطالعه ما نیز مطابقت دارد [۱۳].

نتایج مطالعه *j. bohnen* و *boulanger.m* و همکاران آنها مرگ و میر پریتونیت چرکی منتشر را بطور کلی حدود ۴۰٪ گزارش نموده است (۱۲) در حالیکه در مطالعه ما حدود ۶/۹٪ می باشد که جوان بودن جمعیت کشور ما نزدیک بودن شهرها و مراکز درمانی و فاصله کم آنها از مراکز بیمارستانی امکانات بهداشتی در مانی مناسب سطح سواد بالا و ... میتواند در پایین بودن درصد مرگ و میر تاثیر داشته باشد. در این بررسی با افزایش ناگهانی بروز پریتونیت ثانویه در سنین ۲۰-۱۱ سالگی مواجه می شویم که احتمالاً علت آن شیوع بالای آپاندیسیت در این گروه سنی می باشد در این تحقیق شایع ترین علت پریتونیت ثانویه پرفوراسیون دستگاه گوارش بود که با نتایج مطالعات دیگر مطابقت دارد [۱۴].

در این مطالعه با افزایش سن تعداد بیمارانی که به علت پریتونیت ثانویه تحت عمل جراحی قرار گرفته اند افزایش یافت به طوری که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۷۰-۶۱ سال گزارش گردید در صورتی که در مطالعات دیگر بیشترین فراوانی مربوط به

- 3- Wilcox CM, Dismukes WE. Spontaneous bacterial Peritonitis, a review of Pathogenesis, diagnosis and treatment. Medicine. 1987; 66:447-456.
- 4- Mc Douglas Ws, Izant JR, Robert J. primary peritonitis in infancy and childhood. Ann surg. 1975; 181:310 - 313.
- 5- Nohr CW, marshal DG. Primary peritonitis in children. canj surg. 1984; 27:179-181.
- 6- Knesky AM, Ingelfinger JR, Grupe WE. peritonitis in childhood nephrotic syndrom. AM J Dis child. 1982; 136:732-736.
- 7- Rubin HM, Blau EB, michalts RH. Hemophillus and pneumococcal peritonitis in children with nephrotic syndrom. pediatrics. 1975; 56:598-601.
- 8- Goldin GT, shaw A. primary peritonitis. surg Gynecol obstet. 1972; 135:513-516.
- 9- Harold OC. Spontaneous bacterial peritonitis. Gastroenterology. 1976; 70; 455-457.
- 10- Bhuva M, Ganger D, Jensen D. Spontaneous bacterial peritonitis: an update on evaluation, management and prevention. AN J Med. 1994; 97:169.
- 11- Hymas JS. Peritonitis. in: Behram RE (ED). Nelson textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelphia: Saunders; 1996; 1160.
- 12- Bohnen j. Boulanger M, et al. prognosis in generalized peritonitis: Relation to cause and risk factors. Arch surg. 1983.
- 13- Dietmar H. wittmann, Alonzo P. walker, and Robert E. condon. Peritonitis and Intraabdominal infection in: S. schwarts, G. t. shires, pence. principles of surgery sixth Edition, New York: McGrawhill 1994.
- 14- John H. Boey MD. peritoneal cavity Lawrence W. Way MD Current surgical Diagnosis and treatment Ninth Edition 1991.

گروه سنی ۸۰-۷۱ سال بوده است که این تفاوت می تواند به علت پایین بودن طول عمر در کشور ما در مقایسه با کشورهای غربی و جوان بودن جمعیت کشور ما باشد.

در این مطالعه مرگ در بیماران جراحی شده که دارای بیماریهای زمینه ای و همراه بودند ۳۷ نفر گزارش شده که ۱۵ نفر به دلیل نارسایی قلبی، ۱۴ نفر بدلیل بیماری گوارشی، ۹ نفر بدلیل بیماری ریوی و ۸ نفر نیز به دلیل ابتلا به بدخیمی بوده است. در حالیکه در مطالعات دیگران میزان مرگ و میر در بیماران جراحی شده دارای بیماریهای زمینه ای یا همراه بترتیب در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه، کبد، نارسایی قلبی و بدخیمی بوده است. نتایج بدست آمده دلالت بر این امر دارد که شک به پریتونیت ثانویه مستلزم اقدام سریع درمانی است چرا که در صورت تاخیر در تشخیص و درمان مرگ و میر افزایش می یابد و افزایش سن و وجود بیماریهای همراه یا زمینه ای نیز در افزایش مرگ و میر آن تاثیر دارد لذا توصیه می شود از بیماران مشکوک به پریتونیت ضمن گرفتن شرح حال دقیق، معاینه فیزیکی کامل و کنترل توسط پزشکان واجد صلاحیت به عمل آید تا در صورت تشخیص در انجام اقدامات تاخیری صورت نگیرد.

منابع

- 1- Levison Me, Bush LM. Peritonitis and other intraabdominal infections. In Mandell GL (Ed). Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases 4th ed New York: Churchill Livingstone 1995: 705-740.
- 2- Spek WT, Dresdale SA, McMillan RW. Primary Peritonitis and the nephrotic syndrome. AM J surg. 1974; 127:267-269.